·论著·

政策因素对精神分裂症患者就医行为的影响研究

刘锐[1，2，3]，邓晶[1，2，3*]，陈艾玲[1，2，3]，程配华[1，2，3]，罗兴能[4]，胡永娇[1，2，3]，张睦南[1，2，3]

【摘要】 **背景** 我国精神分裂症患者的基础就医需求较高，但不合理的就医行为可能会造成卫生资源的浪费，相关政策的出台旨在增进就医保障、合理引导患者就医。当前学界对于政策因素与就医行为的研究鲜少涉及精神卫生政策与精神分裂症患者就医行为的关联。**目的** 分析政策因素对精神分裂症患者就医行为的影响，了解在基本医疗保险政策和精神卫生政策引导下精神分裂症群体的卫生服务利用情况和利用效果，为政策完善提供实证参考。**方法** 于2019年11月以重庆市某区2018年三级精神病防治网络体系数据为基础，结合重庆市人力资源与社会保障局医疗保险信息平台匹配该区患者医疗卫生服务利用数据，最终获得关键数据有效的精神分裂症样本2 314例。以患者是否发生就医行为及就医时选择的医疗机构为被解释变量，以患者的基本医疗保险参保情况（包括城乡居民/城镇职工基本医疗保险参保情况、门诊特殊病种报销办理情况）和精神卫生政策覆盖情况（包括社区康复服务、监护人补助、残联补助、“686”项目、“免费二代药”项目、精神残疾证）为关键解释变量，以患者的人口学特征为控制变量，进行多因素Logistic回归分析。**结果** 纳入的2 314例精神分裂症患者中，1 915例（82.76%）发生就医行为。1 482例发生门诊就医行为的患者，选择到一级医疗机构就诊者252例（17.01%），二级医疗机构就诊者1 080例（72.87%），三级医疗机构就诊者150例（10.12%）；795例发生住院就医行为的患者，选择到一级医疗机构就诊者38例（4.78%），二级医疗机构就诊者518例（65.16%），三级医疗机构就诊者239例（30.06%）。Logistic回归分析结果显示，基本医疗保险类型、门诊特殊病种报销办理情况、社区康复服务参与情况、“686”项目办理情况、“免费二代药”项目办理情况是精神分裂症患者是否就医的影响因素（$P<0.05$）；基本医疗保险类型、门诊特殊病种报销办理情况、社区康复服务参与情况、“免费二代药”项目参与情况、精神残疾证办理情况是精神分裂症患者选择门诊医疗机构的影响因素（$P<0.05$），基本医疗保险类型、精神残疾证办理情况是精神分裂症患者选择住院医疗机构的影响因素（$P<0.05$）。**结论** 政策因素对于引导精神分裂症患者就医发挥了积极作用，但存在参与度低、覆盖路径不够全面等问题。应尽快优化精神卫生政策，完善帮扶救助体系，加大宣传力度以提高政策参与度，积极引导家庭康复活动，进一步推动精神卫生服务社区化，持续健全精神卫生保障体系。

【关键词】 精神分裂症患者；就医行为；精神卫生政策；基本医疗保险；政策因素

【中图分类号】 R 749.3 【文献标识码】 A DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2022.0680

【引用本文】 刘锐，邓晶，陈艾玲，等.政策因素对精神分裂症患者就医行为的影响研究［J］.中国全科医学，2023.［Epub ahead of print］DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2022.0680.［www.chinagp.net］

LIU R，DENG J，CHEN A L，et al. Influence of policy factors on healthcare-seeking behaviors in patients with schizophrenia［J］. Chinese General Practice，2023.［Epub ahead of print］

Influence of Policy Factors on Healthcare-seeking Behaviors in Patients with Schizophrenia

LIU Rui[1，2，3]，DENG Jing[1，2，3*]，CHEN Ailing[1，2，3]，CHENG Peihua[1，2，3]，LUO Xingneng[4]，HU Yongjiao[1，2，3]，ZHANG Munan[1，2，3]

1.College of Public Health，Chongqing Medical University，Chongqing 401331，China

2.Research Center for Medicine and Social Development，Chongqing 401331，China

3.Research Center for Public Health Security，Chongqing 401331，China

4.Zhongliang Town Health Centre，Shapingba District，Chongqing 400038，China

Corresponding author：DENG Jing，Professor；E-mail：cqmudj@cqmu.edu.cn

【Abstract】 **Background** In China，schizophrenia patients have a high demand for basic medical care，but irrational healthcare-seeking behaviors among them may cause a waste of health resources. So relevant policies have been promulgated to improve the ensuring of healthcare and reasonably guide schizophrenia patients to seek medical care. The current research

基金项目：2020年重庆市社会科学规划项目（2020YBGL97）；重庆市科卫联合医学科研项目（2019MSXM089）

1.401331 重庆市，重庆医科大学公共卫生学院 2.401331 重庆市，医学与社会发展研究中心 3.401331 重庆市新型建设智库“公共卫生安全研究中心” 4.400038 重庆市沙坪坝区中梁镇卫生院

*通信作者：邓晶，教授；E-mail：cqmudj@cqmu.edu.cn

本文数字出版日期：2023-04-17

on policy factors and healthcare-seeking behaviors has rarely addressed the association between mental health policies and healthcare-seeking behaviors of patients with schizophrenia. **Objective** To analyze the influence of policy factors on healthcare-seeking behaviors in schizophrenia patients, to understand the status and outcome of health service utilization in this group under the guidance of basic medical insurance policies and mental health policies, providing empirical evidence for policy improvement. **Methods** In November 2019, we obtained a sample of 2 314 schizophrenic individuals with valid key data by matching the personal data in the three-level psychiatric prevention and treatment network system in a district of Chongqing in 2018, with information related to personal health service utilization in the district obtained from the medical insurance information platform of Chongqing Human Resources and Social Security Bureau. Multivariate Logistic regression analysis was conducted with healthcare-seeking behaviors and the medical institution chosen for treatment as explained variables, participation in basic medical insurance (including basic medical insurance for rural and urban non-working residents or basic medical insurance for urban employees, and reimbursement for medical cost due to special outpatient diseases) and mental health policy coverage (involving community rehabilitation services, guardianship subsidy, subsidy from the local disability federation, subsidy from the 686 program, and free second-generation antipsychotics, and the mental disability certificate) as key explanatory variables, and patients' demographic characteristics as control variables. **Results** Of the participants, 1 915 (82.76%) had medical visits, including 1 482 seeking outpatient treatment, and 795 seeking inpatient treatment. Among those seeking outpatient treatment, the prevalence of choosing primary, secondary and tertiary care institutions was 17.01% (252/1 482), 72.87% (1 080/1 482), and 10.12% (150/1 482), respectively. And the prevalence of choosing primary, secondary and tertiary care institutions for inpatient treatment was 4.78% (38/795), 65.16% (518/795), and 30.06% (239/795), respectively. Logistic regression analysis showed that the type of basic medical insurance, reimbursement for medical cost due to special outpatient diseases, receiving community rehabilitation services, enrolment in the 686 program and involvement in the free second-generation antipsychotics program were factors associated with healthcare-seeking behaviors ($P<0.05$). The type of basic medical insurance, reimbursement for medical cost due to special outpatient diseases, receiving community rehabilitation services, enrolment in the free second-generation antipsychotics program, and the level of mental disability were factors associated with choosing outpatient settings for treatment ($P<0.05$). The type of basic medical insurance and the level of mental disability were associated with choosing inpatient settings for treatment ($P<0.05$). **Conclusion** Policy factors played a positive role in guiding schizophrenia patients to seek medical treatment, but some problems were also revealed, such as low patient participation and insufficient coverage pathways. In view of this, efforts should be made as soon as possible to optimize mental health policies and the social support and assistance system, increase patient participation of relevant programs via strengthening the publicity of relevant policies, actively guide home-based rehabilitation activities, further promote community-based delivery of mental health services, and continuously improve the mental health security system.

【Key words】 Schizophrenia; Health care behavior; Mental health policy; Basic health insurance; Policy factors

精神健康是健康的重要组成部分，对个体、社会、国家和全球卫生发展至关重要[1]。作为常见的严重精神疾病，精神分裂症的疾病负担居高不下，当前中国精神分裂症时点患病率达0.42%，为全球最高[2-3]。由此可见，我国精神分裂症患者的基础就医需求较高。但不合理的就医行为可能造成卫生资源的浪费[4]，导致医疗费用的不合理增长，并对精神分裂症患者获得全面、可持续的卫生服务产生负面影响。为实现精神卫生资源均衡配置，2004年中国卫生部和财政部设立中央补助地方重性精神疾病管理治疗项目，迈出将严重精神障碍患者管理纳入国家公共卫生改革行列的第一步[5]。此后又相继出台一系列专门性的国家政策，以期解决精神卫生服务供需矛盾，增加患者就医的经济保障，引导患者合理就医[6]。对精神障碍人群的保障自此演变为“基本医疗保险政策保基础、精神卫生政策作补充”的双重保障格局。精神卫生政策落地至今，是否实现其保障效果？其与严重精神障碍患者就医行为之间是否存在关联？其对精神分裂症患者医疗资源利用是否有增益性？这些问题亟待研究。目前，学术界对政策因素与就医行为的研究多集中在基本医疗保险制度、分级诊疗制度和扶贫政策，人群聚焦农村居民、流动人口与慢性病患者，政策因素通过补偿标准、差异化报销、提供补贴等方式引导患者就医流向，并以此对研究对象的就医行为产生促进或影响[7-11]。但关于精神卫生政策与精神分裂症患者医疗服务利用的综合性评估，目前尚少有研究开展。因此，本研究对2018年重庆市某区精神分裂症患者的就医数据进行分析，旨在了解精神卫生政策引导下精神分裂症群体的卫生服务利用情况，从而为政策实施效果评估提供实证参考，为卫生行政部门完善相应政策提供决策依据。

1 资料与方法

1.1 资料来源　以重庆市某区精神分裂症患者为研究

对象。考虑到新型冠状病毒感染疫情防控期间，精神分裂症患者的就医行为与常态时期有差异，为使研究更具一般性和代表性，经慎重考虑，选取 2018 年数据进行分析。数据采集于 2019 年 11 月，精神分裂症患者的人口学特征数据来源于该区三级精神病防治网络体系，涉及全区全年 21 个街道、5 个镇共 2 487 人。以此为基础，结合重庆市人力资源与社会保障局医疗保险信息平台，匹配该区患者医疗卫生服务利用数据，形成覆盖全区的精神分裂症患者就医行为数据，包括涉及精神分裂症患者社区管理的基层医疗卫生机构和其他医疗卫生机构的数据。剔除无效信息和关键数据缺失样本，对数值型数据以 2.5% 为标准进行双侧缩尾处理，最终纳入登记在册的精神分裂症患者 2 314 例。

1.2　变量选取　本研究以患者是否发生就医行为、患者就医时所选择的医疗机构为被解释变量，以患者参与基本医疗保险政策、精神卫生政策情况为关键解释变量，以患者的个人特征为控制变量。其中，基本医疗保险政策包括城乡居民基本医疗保险、城镇职工基本医疗保险、门诊特殊病种报销；不同于基本医疗保险政策，精神卫生政策是专门针对精神疾病患者的特别帮扶政策，本研究纳入社区康复服务、监护人补助、残联补助、“686”项目、“免费二代药”项目、精神残疾证 6 项，政策变量的选取依据及解释见表 1。

1.3　统计学方法　采用 Stata 15.0 统计软件进行数据分析。计数资料以相对数表示，计量资料以（$\bar{x} \pm s$）表示。计数资料组间比较采用 χ^2 检验，政策覆盖情况对患者就医行为和医疗机构选择的影响分别采用二元 Logistic 和多元 Logistic 回归分析，以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2　结果

2.1　患者的人口学特征和政策覆盖情况　2 314 例精神分裂症患者中，50.86%（1 177/2 314）为男性，77.74%（1 799/2 314）年龄 >40 岁，54.39%（1 258/2 313）无同居配偶者，69.34%（1 599/2 306）受教育程度为高中以下，40.58%（926/2 282）为下岗 / 无业，城镇户口（81.16%，1 874/2 309）多于农村户口（18.84%，435/2 309），27.70%（641/2 314）经济情况在当地贫困线以下，82.20%（1 902/2 314）有既往住院经历。基本医疗保险政策方面，参加城乡居民基本医疗保险、城镇职工基本医疗保险者分别占 52.94%（1 225/2 314）和 47.06%（1 089/2 314），17.06%（372/2 180）办理了门诊特殊病种报销。精神卫生政策方面，10.40%（239/2 299）参与了社区康复服务，9.13%（210/2 299）是监护人补助对象，30.42%（664/2 183）参与残联补助政策，2.52%（55/2 183）办理了“686”项目，12.14%（265/2 183）办理了“免费二代药”项目，53.20%（1 231/2 314）持

表 1　精神卫生政策相关变量的选取依据及解释

Table 1　Rationale and explanation for the selection of variables related to mental health policies

变量	国家政策文件	该区施行方案	该区申领条件	该区救助方式
社区康复服务	《关于加快精神障碍社区康复服务发展的意见》（民发〔2017〕167 号）	《重庆市某区残疾人精准康复服务行动实施方案》	有康复需求，本人提出申请，残疾人精准康复服务小组成员采取入户、集中访问等方式，对照《残疾人基本康复服务目录》，对残疾人康复需求进行评估	直接转介至康复服务机构或自行前往定点康复服务机构接受康复服务
监护人补助	《关于实施以奖代补政策落实严重精神障碍患者监护责任的意见》（中综办〔2016〕1 号）	《重庆市某区社会治安综合治理委员会办公室、卫生和计划生育委员会、公安局分局关于印发落实严重精神障碍患者监护责任“以奖代补”政策实施细则（试行）的通知》	公安系统在册的曾经肇事肇祸、轻度滋事或危险性评估为 3~5 级的严重精神障碍患者	居家在管且全年无肇事肇祸行为的患者监护人，每年给予监护人一定奖励
残联补助	《残疾人事业专项彩票公益金康复项目实施方案》（残联〔2012〕222 号）	—	门诊：（1）持证贫困精神障碍患者；（2）持证非贫困精神障碍患者；住院：（1）因贫困无法住院治疗的持证精神病患者；（2）有暴力倾向，经具有资质的精神科医师确诊，目前确实需要住院治疗的精神病患者	门诊：贫困患者每人每年 1 200 元，非贫困患者每人每年 600 元。住院：每人每年住院总天数不超过 3 00 d，减免的医疗费用不超过 5 000 元
“686”项目	中央补助地方卫生经费重性精神疾病管理治疗项目	—	贫困严重精神障碍患者	提供每人每年 1 400 元的门诊服药救助，并针对服药患者提供每年 4 次的免费单项检查
“免费二代药”项目	《严重精神障碍管理治疗工作规范（2018 年版）》	《重庆市某区免费服用第二代抗精神病药试点工作实施方案》	（1）危险性评估为 3~5 级；（2）公安机关列管；（3）经街镇认定为贫困的居家治疗严重精神障碍患者	医保先报，民政救助、残联及卫生计生补助后，项目托底
精神残疾证	中华人民共和国残疾人证管理办法（残联发〔2017〕34 号）	—	携带身份证、户口簿、住院病历、近一年门诊病历及《中华人民共和国残疾人证申请表》《中华人民共和国残疾评定表》至区精神卫生中心鉴定办理	无

注：—表示无公开可检索的文件。

有精神残疾证。

2.2 患者的就医行为和医疗机构选择情况 1 915 例（82.76%）患者在当年发生了就医行为。1 482 例发生门诊就医行为的患者中，选择到一级医疗机构就诊者 252 例（17.01%），选择到二级医疗机构就诊者 1 080 例（72.87%），选择到三级医疗机构就诊者 150 例（10.12%）；795 例发生住院就医行为患者中，选择到一级医疗机构就诊者 38 例（4.78%），选择到二级医疗机构就诊者 518 例（65.16%），选择到三级医疗机构就诊者 239 例（30.06%）。

2.3 不同特征患者的就医行为和医疗机构选择情况比较 （1）不同受教育程度、就业情况、户口类型、既往住院情况、医保类型、门诊特殊病种报销办理情况、社区康复服务参与情况、残联补助情况、“686”项目办理情况、“免费二代药”项目办理情况患者的就医行为发生率比较，差异有统计学意义（$P<0.05$）。（2）不同年龄、婚姻状况、受教育程度、就业情况、户口类型、经济情况、既往住院情况、医保类型、门诊特殊病种报销办理情况、残联补助情况、“免费二代药”项目办理情况、精神残疾证办理情况患者的门诊医疗机构选择情况比较，差异有统计学意义（$P<0.05$）。（3）不同性别、年龄、婚姻状况、就业情况、户口类型、经济情况、既往住院情况、医保类型、门诊特殊病种报销办理情况、社区康复服务参与情况、监护人补助情况、残联补助情况、精神残疾证办理情况患者的住院医疗机构选择情况比较，差异有统计学意义（$P<0.05$），见表 2。

表 2 不同特征精神分裂症患者的就医行为及医疗机构选择情况比较〔n（%）〕

Table 2 Comparison of healthcare-seeking behaviors and choice of medical institutions among schizophrenia patients with different characteristics

特征	总患者数（n=2 314）	发生就医行为患者数（n=1 915）	门诊就医机构				住院医疗机构			
			例数	一级医疗机构（n=252）	二级医疗机构（n=1 080）	三级医疗机构（n=150）	例数	一级医疗机构（n=38）	二级医疗机构（n=518）	三级医疗机构（n=239）
性别										
男	1 177	971（82.50）	681	113（16.59）	503（73.86）	65（9.54）	456	11（2.41）	299（65.57）	146（32.02）
女	1 137	944（83.03）	801	139（17.35）	577（72.03）	85（10.61）	339	27（7.96）	219（64.60）	93（27.43）
χ^2 值		0.113	0.708				13.928			
P 值		0.737	0.702				0.001			
年龄（岁）										
≤ 40	515	425（82.52）	359	38（10.58）	289（80.50）	32（8.91）	150	3（2.00）	111（74.00）	36（24.00）
41~60	1 111	915（82.36）	696	105（15.09）	523（75.14）	68（9.77）	384	15（3.91）	242（63.02）	127（33.07）
≥ 61	688	575（82.36）	427	109（25.52）	268（62.76）	50（11.71）	261	20（7.66）	165（63.22）	76（29.12）
χ^2 值		0.466	39.460				12.865			
P 值		0.792	<0.001				0.012			
婚姻状况[a]										
无同居配偶	1 258	1 036（82.35）	722	106（14.68）	555（76.87）	61（8.45）	492	16（3.25）	333（67.68）	143（29.07）
有同居配偶	1 055	878（83.22）	759	146（19.24）	525（69.17）	88（11.59）	303	22（7.26）	185（61.06）	96（31.68）
χ^2 值		0.304	11.158				7.996			
P 值		0.581	0.004				0.018			
受教育程度[a]										
小学及以下	689	544（78.96）	428	88（20.56）	307（71.73）	33（7.71）	212	15（7.08）	140（66.04）	57（26.89）
初中 / 中专	910	761（83.63）	563	96（17.05）	406（72.11）	61（10.83）	324	13（4.01）	211（65.12）	100（30.86）
高中及以上	707	604（85.43）	489	67（13.70）	366（74.85）	56（11.45）	254	10（3.94）	163（64.17）	81（31.89）
χ^2 值		11.018	10.310				4.214			
P 值		0.004	0.036				0.378			
就业情况[a]										
农民	294	227（77.21）	176	47（26.70）	118（67.05）	11（6.25）	80	4（5.00）	62（77.50）	14（17.50）
在岗工人	65	59（90.77）	49	9（18.37）	27（55.10）	13（26.53）	21	3（14.29）	6（28.57）	12（57.14）
退休	349	310（88.83）	259	56（21.62）	174（67.18）	29（11.20）	115	6（5.22）	82（71.30）	27（23.48）
下岗 / 无业	926	747（80.67）	546	82（15.02）	403（73.81）	61（11.17）	354	12（3.39）	184（51.89）	158（44.63）
其他	648	544（83.95）	429	56（13.05）	342（79.72）	31（7.23）	214	12（5.61）	176（82.24）	26（12.15）
χ^2 值		21.669	45.413				90.236			
P 值		<0.001	<0.001				<0.001			
户口类型[a]										
城镇	1 874	1 572（83.88）	1 196	182（15.22）	884（73.91）	130（10.87）	691	32（4.63）	426（61.65）	233（33.72）
农村	435	340（78.16）	283	69（24.38）	195（68.90）	19（6.71）	102	5（4.50）	91（89.22）	6（5.88）
χ^2 值		8.124	16.035				33.225			
P 值		0.004	<0.001				<0.001			

（上接表 2）

特征	总患者数（n=2 314）	发生就医行为患者数（n=1 915）	门诊就医机构				住院医疗机构			
			例数	一级医疗机构（n=252）	二级医疗机构（n=1 080）	三级医疗机构（n=150）	例数	一级医疗机构（n=38）	二级医疗机构（n=518）	三级医疗机构（n=239）
经济情况										
非贫困	1 673	1 383（82.67）	1 092	191（17.49）	775（70.97）	126（11.54）	559	23（4.11）	344（61.54）	192（34.35）
贫困	641	532（83.00）	390	61（15.64）	305（78.21）	24（6.15）	236	15（6.36）	174（73.73）	47（19.92）
χ^2 值		0.035			10.874				17.025	
P 值		0.851			0.004				<0.001	
既往住院										
否	412	313（75.97）	290	64（22.07）	187（64.48）	39（13.45）	86	12（13.95）	52（60.47）	22（25.58）
是	1 902	1 602（84.23）	1 192	188（15.77）	893（74.92）	111（9.31）	709	26（3.67）	466（65.37）	217（30.61）
χ^2 值		16.177			12.866				17.948	
P 值		<0.001			0.002				<0.001	
医保类型										
城乡居民基本医疗保险	1 225	964（78.69）	815	153（18.77）	604（74.11）	58（7.12）	310	25（8.06）	245（79.03）	40（12.90）
城镇职工基本医疗保险	1 089	951（87.33）	667	99（14.84）	476（71.36）	92（13.79）	485	13（2.68）	273（56.29）	199（41.03）
χ^2 值		30.117			19.867				76.254	
P 值		<0.001			<0.001				<0.001	
门诊特殊病种报销[a]										
未办理	1 808	1 480（81.86）	1 085	189（17.42）	778（71.71）	118（10.88）	656	32（4.88）	407（62.04）	217（33.08）
已办理	372	336（89.60）	307	45（14.66）	252（82.08）	10（3.26）	112	5（4.46）	92（82.14）	15（13.39）
χ^2 值		13.310			19.673				18.256	
P 值		<0.001			<0.001				<0.001	
社区康复服务[a]										
未参与	2 060	1 727（83.83）	1 251	208（16.63）	923（73.78）	120（9.59）	691	30（4.34）	467（67.58）	194（28.08）
已参与	239	175（73.22）	217	43（19.82）	152（70.05）	22（10.14）	102	7（6.86）	50（49.02）	45（44.12）
χ^2 值		16.885			1.509				13.499	
P 值		<0.001			0.470				0.001	
监护人补助[a]										
否	2 089	1 736（83.10）	1 316	225（17.10）	956（72.64）	135（10.26）	746	34（4.56）	478（64.09）	234（31.37）
是	210	166（79.05）	152	26（17.11）	119（78.29）	7（4.61）	47	3（6.38）	39（82.98）	5（10.64）
χ^2 值		2.196			5.095				9.043	
P 值		0.138			0.078				0.011	
残联补助（元）[a]										
0	1 519	1 243（81.83）	868	167（19.25）	592（68.20）	109（12.56）	607	25（4.12）	381（62.77）	201（33.11）
600	303	266（87.79）	249	32（12.85）	206（82.73）	11（4.42）	72	5（6.94）	53（73.61）	14（19.10）
1 200	361	307（85.04）	275	35（12.73）	232（84.36）	8（2.91）	89	7（7.87）	65（73.03）	17（19.10）
χ^2 值		7.475			47.266				13.271	
P 值		0.024			<0.001				0.010	
“686”项目[a]										
未办理	2 128	1 762（82.80）	1 341	228（17.00）	986（73.53）	127（9.47）	753	35（4.65）	487（64.67）	231（30.68）
已办理	55	54（98.18）	51	6（11.76）	44（86.27）	1（1.96）	15	2（13.33）	12（80.00）	1（6.67）
χ^2 值		9.069			4.894				5.641	
P 值		0.003			0.087				0.060	
“免费二代药”项目[a]										
未办理	1 918	1 577（82.22）	1 167	219（18.77）	828（70.95）	120（10.28）	712	34（4.78）	456（64.04）	222（31.18）
已办理	265	239（90.19）	225	15（6.67）	202（89.78）	8（3.56）	56	3（5.36）	43（76.79）	10（17.86）
χ^2 值		10.569			34.747				4.384	
P 值		0.001			<0.001				0.112	
精神残疾证										
无	1 083	887（81.90）	618	119（19.26）	414（66.99）	85（13.75）	439	12（2.73）	255（58.09）	172（39.18）
一级	23	18（78.26）	14	5（35.71）	8（57.14）	1（7.14）	8	2（25.00）	5（62.50）	1（12.50）
二级	481	411（85.45）	339	54（15.93）	261（76.99）	24（7.08）	156	9（5.77）	126（80.77）	21（13.46）
三级	498	404（81.12）	342	39（11.40）	278（81.29）	25（7.31）	136	10（7.35）	94（69.12）	32（23.53）
四级	229	195（85.15）	169	35（20.71）	119（70.41）	15（8.88）	56	5（8.93）	38（67.86）	13（23.21）
χ^2 值		5.171			34.499				54.576	
P 值		0.270			<0.001				<0.001	

注：[a] 表示存在数据缺失；经济情况贫困指个人年纯收入在当年当地贫困线以下。

2.4　政策覆盖情况对患者就医行为及医疗机构选择影响的 Logistic 分析

2.4.1　政策因素对患者是否就医影响的二元 Logistic 回归分析　以患者是否就医为因变量（赋值：否 =0，是 =1），以人口学特征为控制变量，模型 1 以基本医疗保险政策覆盖情况为自变量，模型 2 以精神卫生政策覆盖情况为自变量，模型 3 以基本医疗保险政策和精神卫生政策覆盖情况为自变量。模型 1 结果显示：城镇职工基本医疗保险参保患者发生就医行为的可能性高于城乡居民基本医疗保险参保患者〔*OR*（95%*CI*）=1.895（1.399，2.472）〕，已办理门诊特殊病种报销患者发生就医行为的可能性高于未办理的患者〔*OR*（95%*CI*）=1.818（1.267，2.608）〕。模型 2 结果显示：参与社区康复服务的患者发生就医行为的可能性低于未参与患者〔*OR*（95%*CI*）=0.491（0.347，0.694）〕，办理了“686”项目患者发生就医行为的可能性高于未办理的患者〔*OR*（95%*CI*）=10.808（1.464，79.807）〕，办理了“免费二代药”项目患者发生就医行为的可能性高于未办理患者〔*OR*（95%*CI*）=1.966（1.256，3.077）〕。模型 3 结果显示：城镇职工基本医疗保险参保患者发生就医行为的可能性高于城乡居民基本医疗保险参保患者〔*OR*（95%*CI*）=1.885（1.407，2.525）〕，已办理门诊特殊病种报销患者发生就医行为的可能性高于未办理的患者〔*OR*（95%*CI*）=1.688（1.155，2.468）〕；参与社区康复服务的患者发生就医行为的可能性低于未参与患者〔*OR*（95%*CI*）=0.507（0.357，0.719）〕，办理了“686”项目患者发生就医行为的可能性高于未办理的患者〔*OR*（95%*CI*）=11.090（1.504，81.775）〕，办理了“免费二代药”项目患者发生就医行为的可能性高于未办理患者〔*OR*（95%*CI*）=2.038（1.301，3.193）〕，见表 3。

2.4.2　政策因素对患者就医机构选择影响的多元 Logistic 回归分析　以患者门诊或住院时选择的就医机构为因变量（赋值：一级医疗机构 =0，二级医疗机构 =1，三级医疗机构 =2），以基本医疗保险政策和精神卫生政策为自变量，以人口学特征为控制变量，进行多元 Logistic 回归分析。结果显示：基本医疗保险类型、门诊特殊病种报销办理情况、社区康复服务参与情况、“免费二代药”项目参与情况、精神残疾证办理情况是精神分裂症患者选择门诊医疗机构的影响因素（$P<0.05$），基本医疗保险类型、精神残疾证办理情况是精神分裂症患者选择住院医疗机构的影响因素（$P<0.05$，表 4）。

3　讨论

3.1　不同医保类型的患者对医疗资源利用存在明显差异　精神分裂症患者参保城镇职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险的比例大致相当，但结果提示两种保险参保患者在是否就医及到何种医疗机构就医的选择上有所不同，与既往研究发现不同医疗保险对医疗机构选择的影响不同一致[7，10，12-13]。但有学者对重庆市居民就医行为进行研究，发现医保制度与患者就医行为不相关[14]，这与本研究结果不同，原因可能为本研究对象与普通居民的医疗需求有较大差异，精神分裂症慢性、长期的特点可能影响患者就医方式的选择。

在享有基本医疗保险的基础之上，办理门诊特殊病种报销的精神分裂症患者仅 17.06%。办理门诊特殊病种报销后患者能够享受精神疾病单病种付费，其医保报销比例和年报销限额比未办理者更高，研究结果也表明办理了门诊特殊病种报销的患者更愿意就医，与现有研究认为门诊特殊病种报销提高了患者服药依从性的结论一致[15]，说明该项政策提高了患者的医疗服务利用水平。办理门诊特殊病种报销的患者较少前往三级医疗机构就诊的原因，可能在于各级医疗机构的报销比例和起付线不同。既往研究认为，患者对医疗质量和合理收费的期望较高[16-18]，这在一定程度上解释了患者的行为逻辑。

3.2　精神卫生政策对患者就医有一定引导作用，但政策参与率较低　研究结果提示，参与监护人补助、残联补助、“686”项目和“免费二代药”项目等精神卫生政策对患者发生就医行为有积极作用，但目前精神分裂症患者的各项政策参与率较低。该区办理了精神残疾证的患者占 53.20%，既往研究表明精神分裂症患者残疾率在 80% 以上[19]，说明该区可能存在未办理证件的精神残疾患者，而精神残疾证作为享受其他精神卫生政策的基础条件之一，限制了此类患者对其他项目的办理。如区残联对于精神障碍患者的补助（残联补助）要求申领对象持有精神残疾证，其在患者门诊和住院时提供最高 1 200 元和 5 000 元的补贴。该区残联补助领取率为 30.42%，与精神残疾证持有率尚有差距，这也说明部分满足政策条件可以减轻经济负担的患者未能接受补助。此外“686”项目的参与率为 2.52%，与其起始时间点较远且处于政策更替期有一定关系，但该项政策对患者就医行为影响明显，在之后的政策制定中应当有所参考；“免费二代药”项目申领率为 12.14%，这可能与其相对严格的申领门槛有关，考虑到对患者医疗服务利用的明显促进效果，应适当放宽申领条件，使其惠及更多患者；参与社区康复服务的患者占 10.40%，这可能受限于重庆市当年仅 40 个社区康复站的数量。

精神分裂症患者精神卫生政策参与度低的可能原因包括：（1）政策宣传力度不足，患者及家属不了解政策、对办理程序模糊等阻碍了患者寻求政策帮助；（2）精神疾病造成的疾病耻辱感，国内外许多研究都证明了

表3　政策因素对患者是否就医影响的二元 Logistic 回归分析

Table 3　Binary Logistic regression analysis of the effect of policy factors on patients' healthcare-seeking behaviors

模型	自变量	*b*	*SE*	*P* 值	*OR*（95%*CI*）
模型1	医保类型（以城乡居民基本医疗保险为参照）				
	城镇职工基本医疗保险	0.620	0.145	<0.001	1.859（1.399，2.472）
	门诊特殊病种报销（以未办理为参照）				
	已办理	0.598	0.184	0.001	1.818（1.267，2.608）
模型2	社区康复服务（以未参与为参照）				
	参与	-0.712	0.177	<0.001	0.491（0.347，0.694）
	监护人补助（以否为参照）				
	是	-0.316	0.199	0.112	0.729（0.494，1.076）
	残联补助（元，以0为参照）				
	600	0.360	0.201	0.074	1.433（0.966，2.126）
	1 200	0.101	0.185	0.584	1.107（0.770，1.591）
	“686”项目（以未办理为参照）				
	已办理	2.380	1.020	0.020	10.808（1.464，79.807）
	“免费二代药”项目（以未办理为参照）				
	已办理	0.676	0.229	0.003	1.966（1.256，3.077）
	精神残疾证（以无为参照）				
	一级	0.018	0.526	0.972	1.019（0.363，2.858）
	二级	0.119	0.176	0.497	1.127（0.799，1.590）
	三级	-0.202	0.161	0.210	0.817（0.596，1.120）
	四级	0.068	0.222	0.761	1.070（0.692，1.653）
模型3	医保类型（以城乡居民基本医疗保险为参照）				
	城镇职工基本医疗保险	0.634	0.149	<0.001	1.885（1.407，2.525）
	门诊特殊病种报销（以未办理为参照）				
	已办理	0.524	0.194	0.007	1.688（1.155，2.468）
	社区康复服务（以未参与为参照）				
	参与	-0.680	0.179	<0.001	0.507（0.357，0.719）
	监护人补助（以否为参照）				
	是	-0.273	0.200	0.173	0.761（0.514，1.127）
	残联补助（元，以0为参照）				
	600	0.216	0.206	0.296	1.241（0.828，1.860）
	1 200	0.032	0.189	0.866	1.032（0.713，1.494）
	“686”项目（以未办理为参照）				
	已办理	2.406	1.019	0.018	11.090（1.504，81.775）
	“免费二代药”项目（以未办理为参照）				
	已办理	0.712	0.229	0.002	2.038（1.301，3.193）
	精神残疾证（以无为参照）				
	一级	0.162	0.533	0.760	1.176（0.414，3.341）
	二级	0.181	0.178	0.308	1.198（0.846，1.697）
	三级	-0.167	0.163	0.306	0.846（0.615，1.165）
	四级	0.121	0.224	0.589	1.129（0.728，1.752）

自我污名与就医行为的紧密联系，罹患精神疾病后产生的负面自我认知对患者寻求帮助的行为产生负面影响，致使患者及家属不愿就医或延迟就医[20-23]。

3.3　门诊服药救助政策效果较为明显，住院救助政策相对缺位　研究中，“686”项目和“免费二代药”项目均属于门诊服药救助类精神卫生政策，既往研究表明免费供药中1元钱的投入就能给精神障碍患者家庭减轻3~5元的直接经济负担[24]。此类型政策不仅能够减轻患者家庭的经济负担、提高精神疾病的治疗率，还能够减少精神障碍患者冲动肇事行为的发生、促进精防工作的开展[25-27]。本研究结果也对此有所印证：办理“686”项目患者的就医可能性是未办理患者的11.090倍，说

表 4　政策因素对患者就医机构选择影响的多元 Logistic 回归分析

Table 4　Multivariate Logistic regression analysis of factors associated with patients' choice of medical institutions for outpatient or inpatient treatment

自变量	门诊医疗机构		住院医疗机构	
	二级医疗机构	三级医疗机构	二级医疗机构	三级医疗机构
医保类型（以城乡居民基本医疗保险为参照）				
城镇职工基本医疗保险	2.437（1.670，3.558）[a]	6.767（4.199，10.907）[a]	2.800（1.099，7.131）[a]	11.425（4.151，31.445）[a]
门诊特殊病种报销（以未办理为参照）				
已办理	0.952（0.640，1.414）	0.333（0.185，0.600）[a]	1.658（0.532，5.168）	0.510（0.145，1.801）
社区康复服务（以未参与为参照）				
已参与	0.807（0.474，1.373）	2.489（1.327，4.669）[a]	0.563（0.192，1.653）	1.397（0.449，4.351）
监护人补助（以否为参照）				
是	0.826（0.497，1.372）	0.563（0.251，1.263）	1.010（0.262，3.889）	0.515（0.102，2.593）
残联补助情况（元，以 0 为参照）				
600	1.187（0.740，1.905）	0.652（0.340，1.250）	0.565（0.180，1.770）	0.473（0.131，1.711）
1 200	1.194（0.754，1.893）	0.721（0.370，1.407）	0.882（0.273，2.850）	1.320（0.356，4.898）
“686”项目（以未办理为参照）				
已办理	0.777（0.328，1.840）	0.115（0.013，1.048）	0.491（0.082，2.939）	0.068（0.004，1.149）
“免费二代药”（以未办理为参照）				
已办理	2.686（1.515，4.760）[a]	1.468（0.663，3.249）	0.985（0.243，3.987）	1.215（0.252，5.859）
精神残疾证（以无为参照）				
一级	0.612（0.192，1.954）	0.127（0.012，1.304）	0.347（0.041，2.950）	0.107（0.005，2.070）
二级	1.168（0.763，1.790）	0.511（0.286，0.914）[a]	0.848（0.296，2.426）	0.319（0.100，1.019）
三级	1.387（0.897，2.146）	0.783（0.455，1.347）	0.465（0.167，1.292）	0.276（0.093，0.826）[a]
四级	0.980（0.586，1.640）	0.576（0.289，1.147）	0.582（0.157，2.159）	0.291（0.070，1.206）

注：表格中数据为 *OR*（95%*CI*），[a] 表示 $P<0.05$。

明其在促进患者利用医疗服务资源方面有明显作用。针对“686”项目的其他研究也表明，其对患者规律服药、病情稳定有提升作用[5, 28]；“免费二代药”项目救助对象的就医可能性高于非救助对象，且该类患者更多选择包含定点医疗机构所在的二级医疗机构进行门诊治疗，进一步说明了门诊救助类精神卫生政策发挥了对患者科学就医的引导作用。

精神分裂症复发率高，其治疗的直接成本大部分来源于住院花费[29]，该区住院相关的精神卫生政策仅有残联补助提供不高于 5 000 元的住院补助，患者住院费用的报销更多来自为普通居民设计的基本医疗保险政策，尽管有特殊病种的加持，但该区办理率不足 20%，其对精神障碍患者医疗服务资源利用的改善尚存在掣肘，因此考虑精神卫生专项政策中住院救助政策的改善和增订是题中应有之意。

3.4　社区的参与对精神分裂症患者康复的作用不容忽视　发达国家早在 20 世纪就开展了对社区康复服务的探索：美国出台的《社区精神健康服务法案》倡导精神卫生服务的“去住院化”[30]，日本的《精神卫生福利法》也规定了康复服务向社区转移[31]，意大利《180 法案》确定了社区在精神卫生服务中的主导地位[32]。我国也于 2009 年新医改以来颁布了各项有关残疾人社区康复的政策[33]。研究结果表明，接受社区康复治疗的患者更少就医，一定程度上说明患者接受治疗和照顾的需求在社区康复中心得到满足，反应在行为上则是降低了前往医院寻求护理的频率，这与社区康复治疗管理模式在发达国家的成功经验互相印证。同时，接受社区康复治疗的患者更多前往三级医疗机构进行门诊治疗，这或许是因为接受社区康复治疗的患者多为残疾、失能且有康复需求的患者，除精神分裂症之外可能还患有其他复杂疾病，对高水平医疗卫生服务的需求更高。

4　建议

4.1　探索城乡居民基本医疗保险精神疾病门诊统筹补充政策，深化医保改革实践　在重庆市城乡居民医疗保险普通门诊统筹的政策实践基础上，探索对精神疾病门诊统筹建立补充细则。针对医保的支付范围和待遇，根据精神疾病的严重程度调整医保补偿标准，适当增加重性精神疾病的医保补偿比例，缓解精神分裂症等重性精神疾病相对其他精神疾病更为高昂的治疗费用，减轻患者家庭就医经济负担；对于起付标准、支付比例和支付限额，适当提高居民医保对精神分裂症等精神疾病的不同医疗机构医保报销比例，取消起付线并进一步提高封顶线，改善医保资金对精神障碍人群的补偿效果及利用水平，做到精准识别、精确补偿、精细且合理的保障。

4.2 拓宽精神卫生政策覆盖面，巩固政策现有成果 在夯实当前精神卫生政策对精神分裂症患者就医促进效果的同时，应当提高政策整体参与度。首先，要增进患者、家属及居民对精神疾病的认知，改变国民对精神疾病的态度，并意识到心理健康对于民族整体健康的重要性。这可以从社区知识宣传、学校卫生讲座、传媒电视节目、新媒体平台科普等方面入手，消除对精神分裂症的污名化、减轻患者病后的病耻感，使其主动成为精神分裂症社会保障网络的参与者。其次，要提高患者及家属的政策知晓率，以社区为基点，联通精神卫生中心、精神病种定点机构，最大限度地主动普及有关政策，而非被动等待患者前来办理，做到“应办尽办”和“高质量办”。

4.3 构筑门诊住院救助网络，加强精神卫生保障 对现有住院救助政策：首先，应适当放宽救助对象的条件，如对低保户的限定可进一步扩宽至低保边缘户，降低患者“因病返贫”的可能性；其次，减少住院救助的次数与时间限制，减轻患者的医疗负担，促进其对医疗资源的利用。同时，对于门诊服药救助政策，应借鉴“686”项目的设计细则，合理增减购药补助、及时更新免费药物目录、定期免费对患者进行体检。从门诊和住院两条路径出发，全面覆盖患者治疗过程，缓解患者家庭经济压力、促使患者规律服药,实现精神卫生保障效果最大化。

4.4 完善精神障碍社区康复，推动建成医院－社区－家庭一体化 精神分裂症的精神病学治疗和康复治疗是一个无间隙的一体化过程，因此下一阶段应增设社区康复站，实现社区康复站－精神卫生机构双向转介机制，并进一步建成医院－社区－家庭一体化的精神障碍管理服务模式。在为患者提供更优质的精神病学治疗的同时，下沉患者康复治疗服务至基层，搭建恢复患者社会功能的社区综合性干预服务平台，并做好与患者家庭的积极沟通，进一步改善精神分裂症患者的健康状况，陪同患者走完回归社会“最后一公里”。

综上所述，重庆市某区精神分裂症患者对于医疗卫生服务的需求较高，且在门诊或住院时最常选择二级医疗机构，与普通居民的就医方式存在明显区别。基本医疗保险政策中的医疗保险类型和门诊特殊病种报销、精神卫生政策中的社区康复服务、“686”项目、“免费二代药”项目及精神残疾证是影响患者是否就医及就医时选择医疗机构的主要因素，但以上政策因素存在参与度低、覆盖路径不够全面等问题，建议提高政策的普及率，加强患者住院时的政策补贴，进一步推动精神卫生服务社区化，持续健全精神卫生保障体系。本研究的不足之处在于：首先，研究使用年度最常访问的医疗机构作为患者就医的最终选择，无法代表患者该年度的全部就医选择；其次，研究仅使用了某一个地区的截面数据进行分析，在代表性上有一定缺陷，且研究结果可能存在一定偏倚。后续研究中，首先可以更新年度数据，利用多时点调查数据进行精神卫生政策对患者就医行为立体面的时间趋势分析，以期达到控制个体异质性使研究结果更科学、准确的目的；其次可以深入研究突发公共卫生事件背景下卫生政策的改变对精神分裂症患者就医行为的影响，探索政策因素动态变化对精神障碍患者就医行为的影响。

作者贡献：刘锐负责数据清洗、整理，进行统计学分析及结果呈现，负责论文起草、撰写、修改，对论文负责；邓晶负责提出研究思路，设计研究方案，参与稿件修改，监督和领导研究活动的计划与进行；陈艾玲、程配华负责数据采集、清洗、整理；罗兴能负责提供调查对象，实施研究和调查，并进行数据收集；胡永娇、张睦南参与数据采集、清洗。

本文无利益冲突。

参考文献

[1] World Mental Health Report [EB/OL]. [2022-10-24]. https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/world-mental-health-report.

[2] CHARLSON F J, FERRARI A J, SANTOMAURO D F, et al. Global epidemiology and burden of schizophrenia: findings from the global burden of disease study 2016 [J]. Schizophr Bull, 2018, 44 (6): 1195-1203. DOI: 10.1093/schbul/sby058.

[3] HE H R, LIU Q Q, LI N, et al. Trends in the incidence and DALYs of schizophrenia at the global, regional and national levels: results from the Global Burden of Disease Study 2017 [J]. Epidemiol Psychiatr Sci, 2020, 29: e91. DOI: 10.1017/S2045796019000891.

[4] 申悦，李亮．医疗资源可达性与居民就医行为研究进展［J］．科技导报，2020，38（7）：85-92.

[5] 马弘,刘津,何燕玲,等．中国精神卫生服务模式改革的重要方向:686 模式［J］．中国心理卫生杂志，2011，25（10）：725-728. DOI：10.3969/j.issn.1000-6729.2011.10.002.

[6] 马弘，刘津，于欣．中国近十年重要精神卫生政策的发展与解读［J］．中国心理卫生杂志，2009，23（12）：840-843. DOI：10.3969/j.issn.1000-6729.2009.12.002.

[7] 曾雁冰，袁志鹏，方亚．中国老年人就医行为及其影响因素研究［J］．中国卫生统计，2020，37（2）：199-205.

[8] 宋全成，尹康．中国老年流动人口初诊就医行为选择及影响因素研究［J］．东岳论丛，2021，42（1）：136-147，192. DOI：10.15981/j.cnki.dongyueluncong.2021.01.014.

[9] 张检，蔡金龙，黄元英，等．中国流动人口就医行为选择及其影响因素研究［J］．中国全科医学，2021，24（16）：2008-2014. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2021.00.125.

[10] 郑莉莉．医疗保险改变了居民的就医行为吗：来自我国 CHNS 的证据［J］．财政研究，2017，38（2）：84-97. DOI：10.19477/j.cnki.11-1077/f.2017.02.008.

[11] 贺安琦，喻妍，郑思，等．基于分层模型流动人口慢性病患者就医行为影响因素分析［J］．中国公共卫生，2022，38（1）：75-79. DOI：10.11847/zgggws1127307.

[12] ZHOU Z L，ZHAO Y X，SHEN C，et al. Evaluating the effect of hierarchical medical system on health seeking behavior：a difference-in-differences analysis in China［J］. Soc Sci Med，2021，268：113372. DOI：10.1016/j.socscimed.2020.113372.

[13] LI C L，CHEN Z. Bypassing primary care facilities：health-seeking behavior of middle age and older adults in China［J］. BMC Health Serv Res，2021，21（1）：895. DOI：10.1186/s12913-021-06908-0.

[14] 汪曾子，刘娅莉，邱增辉，等. 分级诊疗制度下重庆市患者就医行为及影响因素分析［J］. 中国医院管理，2020，40（11）：28-32.

[15] 肖亚洲，罗邦安，赵蓉，等. 精神分裂症门诊特殊病种补助方式的效果评估［J］. 中国健康心理学杂志，2016，24（6）：801-803. DOI：10.13342/j.cnki.cjhp.2016.06.001.

[16] 肖红秀，秦将均. 住院患者就医期望值调研及对策思考［J］. 中国现代医生，2017，55（9）：134-136，143.

[17] 方黎明. 新型农村合作医疗和农村医疗救助制度对农村贫困居民就医经济负担的影响［J］. 中国农村观察，2013，34（2）：80-92.

[18] 黄源，刘国恩，刘跃华，等. 精神分裂症的疾病经济负担：基于广州医保数据的分析［J］. 中国卫生经济，2014，33（5）：62-65. DOI：10.7664/CHE20140519.

[19] 孙玉静，周郁秋，王丽娜，等. 精神分裂症患者精神残疾评估方法及影响因素的研究进展［J］. 中国护理管理，2014，14（3）：257-260. DOI：10.3969/j.issn.1672-1756.2014.03.011.

[20] CAQUEO-URÍZAR A，BOYER L，URZÚA A，et al. Self-stigma in patients with schizophrenia：a multicentric study from three Latin-America countries［J］. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol，2019，54（8）：905-909. DOI：10.1007/s00127-019-01671-4.

[21] SAMPOGNA G，BAKOLIS I，EVANS-LACKO S，et al. The impact of social marketing campaigns on reducing mental health stigma：results from the 2009—2014 time to change programme［J］. Eur Psychiatry，2017，40：116-122. DOI：10.1016/j.eurpsy.2016.08.008.

[22] 唐娟，路孝琴，陈丽芬，等. 北京市城市社区精神分裂症患者及家庭对社会资源知晓和利用情况及其影响因素调查分析［J］. 中国全科医学，2016，19（20）：2459-2463. DOI：10.3969/j.issn.1007-9572.2016.20.021.

[23] 管丽丽，杜立哲，马弘. 精神分裂症的疾病负担［J］. 中国心理卫生杂志，2012，26（12）：913-919. DOI：10.3969/j.issn.1000-6729.2012.12.008.

[24] 陈正平，徐光洪，夏文雄. 社区精神疾病患者免费供药治疗工作的探讨［J］. 中国康复理论与实践，2006，12（9）：825-826. DOI：10.3969/j.issn.1006-9771.2006.09.035.

[25] 陈云，李振波，梁月竹，等. 严重精神障碍患者免费服药参与情况及财政投入分析［J］. 中国全科医学，2016，19（16）：1879-1881. DOI：10.3969/j.issn.1007-9572.2016.16.006.

[26] 康瑞莹，吴业清，杨向东，等. 社区卫生服务中心贫困精神病患者免费服药的治疗效果随访分析［J］. 中国全科医学，2013，16（34）：3376-3378. DOI：10.3969/j.issn.1007-9572.2013.28.026.

[27] 胡丽丽，王灿，王延祜. 服药救助政策对严重精神障碍患者服药依从性的影响［J］. 精神医学杂志，2018，31（5）：376-378. DOI：10.3969/j.issn.2095-9346.2018.05.015.

[28] DOU L，HU L L，ZHANG N，et al. Factors associated with medication adherence among patients with severe mental disorders in China：a propensity score matching study［J］. Patient Prefer Adherence，2020，14：1329-1339. DOI：10.2147/PPA.S255934.

[29] KALOGERAKIS Z，PETROUTSOU A，CHATZAKIS A，et al. Psychosocial rehabilitation and severe mental illness：factors that influence patients' attendance in a support group［J］. Psychiatriki，2019，30（2）：108-119. DOI：10.22365/jpsych.2019.302.108.

[30] GROB G N. Mental health policy in America：myths and realities［J］. Health Aff（Millwood），1992，11（3）：7-22. DOI：10.1377/hlthaff.11.3.7.

[31] EZOE S. Key policy challenges in Japanese mental health relevant to the next generation of Japanese psychiatrists：a medical officer's view［J］. Psychiatr Neurol Japonica，2015，117（7）：556-561.

[32] BARBATO A. Psychiatry in transition：outcomes of mental health policy shift in Italy［J］. Aust N Z J Psychiatry，1998，32（5）：673-679. DOI：10.3109/00048679809113122.

[33] 乔嘉慧，鲁贝，杨辰啸，等. 政策工具视角下我国残疾人社区康复政策文本量化研究［J］. 中国卫生政策研究，2022，15（12）：18-23.

（收稿日期：2023-02-20；修回日期：2023-04-07）
（本文编辑：王凤微）